

決 裁 欄	常務理事	事務長	課長	係長	係	入力	確認

産前産後期間の保険料軽減措置届出書

新潟県建築国民健康保険組合 理事長 様

産前産後期間に係る保険料軽減の出産被保険者について以下のとおり届け出ます。

届 出 年 月 日		令和 年 月 日	
組 合 員	記 号 番 号	新建	
	住 所		
	氏 名		
	電 話 番 号	()	
出 産 する (した) 被 保 険 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
	出 産 予 定 日 ・ 出 産 日	令和 年 月 日	
	単胎妊娠・多胎妊娠の別	単 胎 ・ 多 胎	
		支部名	支部長印

<注意事項>

1. この届出書は、出産予定日の2か月前（多胎妊娠の場合は4か月前）を目安に提出してください。
妊娠85日以上の分娩（早産・流産・死産及び人工妊娠中絶の場合も含む）が対象です。
2. 出産予定日・出産日のいずれかを○で囲み、出産予定日又は出産日を記入してください。なお、以前加入していた医療保険者に産前産後の保険料軽減について届け出ている場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。
3. 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添付してください。
 - ①届出が出産後の場合
母子健康手帳の表紙コピーと出生日が記載されたページ（出産の状態または出生届済証明書）のコピー、又は出生証明書が必要です。
 - ②届出が出産予定日前の場合
母子健康手帳の表紙コピーと子の保護者の記載されたページのコピー、出産予定日（分娩予定日）が記載されたページ（妊娠中の記録1）のコピーが必要です。